46e Année. — N° 42. Vendredi 20 Octobre 1899.

LA FRANCE MÉDICALE
ET
PARIS MÉDICAL

SOMMAIRE

Electrothérapie : Le courant alternatif ondulatoire. Ses propriétés thérapeutiques, par MM. les Drs G. Gautier et J. Larat, p. 657. — **Maladies nerveuses** : Association de la sclérose en plaques avec l'hystérie, par M. le Dr E. Verrier, p. 658. — **Bibliographie** : Le paludisme à Paris, p. 658. — **Académie de médecine** : *Séance du 17 octobre 1899. — Présidence de M. Panas.* — Paludisme et aortite, p. 659. — Histoire de la médecine, p. 659. — Tumeurs de la vessie, p. 659. — Rapports de prix, p. 660. — Septicémie tuberculeuse à la suite de couches, p. 660. — **Société médicale des hôpitaux** : *Séance du 13 octobre 1899. — Présidence de M. Raymond.* — Herpès généralisé, 660. — Parésies de la chorée et du goître exophtalmique, p. 660. p. 660— **Société de médecine de Paris** : *Séance du 14 octobre 1899. — Présidence de M. Jullien*, p. 660. — **Premier Congrès international des médecins des Compagnies d'assurances** : (*Suite et fin*), p. 662. — **Association française de chirurgie** : (XIIIe Congrès de chirurgie, 1899). — Séance d'ouverture, p. 667. — **Nouvelles**, p. 670.

ÉLECTROTHÉRAPIE

Le courant alternatif ondulatoire. — Ses propriétés thérapeutiques.

par les Drs G. Gautier et J. Larat (1).

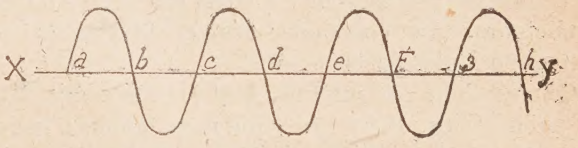
Nous n'insistons pas sur la manière de produire le courant ondulatoire, qui est entré maintenant dans la pratique électro-thérapique où nous l'avons introduit en 1893.

Les altérisateurs quels qu'ils soient, destinés à engendrer des ondes sinusoïdales, doivent remplir une condition essentielle : celle de posséder un induit sans fer. En dehors de cette condition il importe peu que l'aimant ou l'électro-aimant devant lequel tournent les bobines ait une forme circulaire ou non. Les aimants de forme circulaire donnent une sinusoïde plus rigoureusement tracée, il est vrai ; mais pratiquement, ce qui importe, ce n'est pas que la sinusoïde soit parfaite, mais bien qu'en aucun point de la courbe il n'y ait une variation brusque.

Ce qui spécifie ce courant, c'est, en somme, la façon progressive avec laquelle il croît et décroît : C'est là la caractéristique et c'est grâce à elle qu'on observe des effets physiologiques et thérapeutiqnes spéciaux. Ajoutons qu'il est facile, aujourd'hui, de les mesurer, de les doser au moyen de l'électro-dynamomètre.

(1) Congrès pour l'Avancement des Sciences de Boulogne.

Le courant alternatif peut donc être représenté en fonction du temps par une courbe sinusoïdale, caractérisée par son intensité efficace et par sa fréquence.



Dans cette représentation on voit que *ab* est la période et que l'intensité du courant de zéro croît et après avoir passé par son maximum revient à zéro ; puis, en allant en sens inverse, croît et après avoir passé par un maximum revient à zéro.

Si z z' est un fil parcouru par un courant alternatif et *ab* la longueur d'onde, on voit que dans les traits du fil *ab*, *cd*, *ef*, *gh*, le courant se dirige dans un sens et dans les traits *bc*, *de*, *fg* dans un autre sens.

* * *

M. d'Arsonval a montré que le muscle soumis à l'excitation sinusoïdale subit une contraction tétanique avec un courant énergique, mais que cette contraction n'est point douloureuse comme celle qui est déterminée par le courant faradique ou les chocs du courant galvanique ; elle est moins violente, moins brusque. Quant aux nerfs sensibles, il faut employer des intensités élevées pour que l'action sur la peau soit appréciable.

M. Kellog a étudié les effets produits sur les nerfs sensoriels, en particulier les nerfs optiques. Le courant étant appliqué d'une tempe à l'autre, les yeux clos, un faible courant non perçu sur la peau détermine des ondes lumineuses qui ondulent dans le champ visuel. A mesure que l'intensité du courant augmente, les ondes se fondent en un disque brillant qui devient de plus en plus lumineux.

Ce n'est que lorsque les yeux sont remplis d'une luminosité intense que l'on commence à sentir un léger picotement cutané. Ces courants ont donc une grande force de pénétration.

Les expériences physiologiques de M. d'Arsonval, qui a recherché, d'autre part, quelle pouvait être l'action de ces courants sur la nutrition en général, ont démontré leur puissante activité sur les échanges. Le pouvoir oxydant du sang est augmenté, de telle sorte que la quantité d'oxygène dissoute augmente considérablement, tandis que, par contre, l'exhalation de

l'acide carbonique s'élève de 25 0/0 au-dessus de la normale. Cette augmentation se produit, du reste, en l'absence de toute contraction musculaire et est notablement accrue lorsque cette contraction musculaire vient surajouter son action oxydante à celle qui dérive directement du courant lui-même. C'est d'ailleurs en partant de ces principes, en se basant sur les expériences de M. d'Arsonval, que nous avons eu la pensée d'appliquer cette forme électrique à toute la surface du corps, sous la forme de bain hydro-électrique alternatif, en 1893.

Ces faits sont bien connus maintenant et depuis qu'ils ont été mis au jour ils n'ont pas trouvé de contradicteurs. Au contraire; les confirmations sont venues de toutes parts.

Ce n'est donc pas sur eux, dont l'étude a fait l'objet de publications antérieures, que nous tenons à insister dans ce court travail, mais bien sur la comparaison que nous avons pu faire depuis cinq années entre l'action thérapeutique du courant alternatif à basses fréquences et celle des courants à hautes fréquences.

On a attribué à ces derniers, et nous nous plaçons ici au point de vue strictement médical, des effets remarquables, qu'ils n'ont pas complètement justifiés, on peut bien le dire à cette heure.

Mettons de suite de côté et à part leur action locale, qui a été si habilement étudiée par M. Oudin. Il est incontestable que dans certaines affections de la peau, certains prurits, les eczémas nerveux, les effluves de hautes fréquences, obtenues au moyen du résonnateur et projetées sur les téguments, produisent d'excellents résultats.

Mais en ce qui concerne les effets généraux, nous pensons qu'on a été un peu vite, en annonçant la guérison du diabète, par exemple. Et nous pensons encore qu'il est prématuré d'affirmer la supériorité de ces courants dans les maladies dérivées de l'arthritisme. Qu'ils aient une action, cela est possible; mais cette action nous a paru infiniment moins énergique et durable que celle des courants sinusoïdaux ou ondulatoires.

Dans le rhumatisme subaigu et chronique, dans la goutte, dans la sciatique, dans l'eczéma généralisé, l'examen comparatif, que nous avons pu faire séparément, des deux méthodes, nous a donné toujours une supériorité marquée en faveur du courant alternatif à basse fréquence.

Nous n'avons d'autre prétention que d'émettre des idées générales, mais elles reposent sur l'expérience et sans vouloir dénier toute valeur thérapeutique aux hautes fréquences, ce qui ne serait pas exact, nous osons émettre cette pensée : que cet ordre de courants ne justifie, en aucune façon, la supériorité extraordinaire qu'on a voulu lui accorder sur les autres modalités électriques.

MALADIES NERVEUSES

Association de la sclérose en plaques avec l'hystérie,

Par M. le Dr E. VERRIER.

1re OBSERVATION. — Jeune femme de 22 ans, née à terme, son père est asthmatique sa mère est hystérique ainsi que ses trois sœurs.

La malade a eu des convulsions à 4 ans, la rougeole à 5 ans, les règles sont venues à 14 ans avec dysménorrhée. A 16 ans, elle eut les doigts pris dans un engrenage; quelque temps après la malade éprouvait de la difficulté dans la marche.

On cru devoir conseiller le mariage; elle fut grosse presque aussitôt, mais elle fit une fausse couche de deux mois. A la suite de cet accident, la difficulté de la marche augmente, il s'y joint du tremblement et de l'agitation des membres inférieurs.

Survient une deuxième grossesse qui évolue jusqu'à terme. La maladie s'aggrave encore, au point que la malade est obligée de garder le lit.

C'était en 1890. Il survint, à cette époque, de la diplopie et en 1897, à la suite de contrariétés, elle eut de nouveau des crises convulsives, quatre dans l'année qui se répétèrent en 1898.

C'est alors qu'elle entra à la Salpétrière où on constata une démarche oscillante, la malade talonnait, elle écartait sa base de sustentation et déviait de la ligne droite, même les yeux ouverts.

Sa marche était *tabeto-cérébelleuse*. La force musculaire des membres inférieurs était conservée, mais il y avait de la raideur spasmodique, un peu de parésie, pas de troubles trophiques ni d'atrophie musculaire. Les réflexes étaient exagérés, il y avait trépidation spinale. Le signe de Babinski était très net (orteil en extension).

On en conclut qu'outre l'hystérie héréditaire, il y avait une lésion médullaire qui ne pouvait être que la sclérose en plaque.

Et, en effet, les membres supérieurs étaient aussi agités de tremblement en portant un verre à la bouche, il y avait exagération des réflexes du poignet et du coude des deux côtés, mais la parole était nette et les mouvements de la langue normaux. L'intelligence était intacte.

Du côté des yeux il y avait un nystagmus horizontal.

En somme, il y avait dans ce cas une association de deux maladies; l'hystérie, la première en date, et la sclérose en plaques cérébro-spinales qui paraît avoir débuté après l'accident de l'engrenage il y a six ans.

Elle est hystérique hypnotisable; M. Picard, l'interne de M. Raymond, après l'avoir endormie, lui suggère de ne plus trembler et, en effet, le tremblement cesse, la marche s'améliore, elle rapproche les jambes en marchant et ne talonne plus.

Tous ces phénomènes étaient donc hystériques.

Mais la trépidation spinale et l'exagération des réflexes persistent. Ces phénomènes sont dus à une lésion organique qui ne peut être que la sclérose en plaques.

La malade marche très bien à genoux.

On guérira l'hystérie par la suggestion, et l'autre maladie suivra probablement son cours.

2e OBSERVATION. — Femme de 35 ans, couturière essayeuse. Père et mère atteints de rhumatismes. La malade a eu une vie très orageuse, elle a tenté de se suicider. Elle a fait des excès de toute nature, mais rien n'indique les suites d'une syphilis avérée.

C'est une névropathe.

Au mois d'août 1898, elle est renversée par une voiture place de la Concorde. Le gros orteil a été fortement froissé, on la transporte à l'hôpital Beaujon.

L'émotion avait été très vive. La malade croit ne plus pouvoir se tenir debont, ni continuer sa profession d'essayeuse.

Le gros orteil reste engourdi, la malade y ressent des fourmillements nets. Il y a insomnie, tremblement.

Elle vient consulter à la Salpêtrière. La force musculaire marque au dynamomètre 8 à 10°. Les réflexes sont exagérés, il y a rétrécissement du champ visuel, nystagmus et ptosis à gauche. La démarche est bonne. Les yeux fermés elle éprouve un temblement général. Les réflexes rotuliens paraissent exagérés et il semble qu'il y ait trépidation spinale, ce qui indiquerait une lésion organique. Mais ce n'est qu'une apparence due au tremblement général hystérique, car si on consulte la réflexe cutané plantaire, le gros orteil se met immédiatement en flexion, le signe de Babinski n'existe pas.

Donc il n'y a pas de lésion organique, c'est de l'hystérie traumatique.

BIBLIOGRAPHIE

Le paludisme à Paris, par le Dr MANUEL VICENTE, Paris, Soc. d'édit. scientif., 156 pages avec 52 gravures dans le texte.

Le Dr Vicente a fait une étude très minutieuse du paludisme, tel qu'on peut l'observer à Paris, en rapprochant ces diverses manifestations des formes d'hématozoaires que l'on trouve dans le sang. Si l'on connaît bien l'infection paludéenne dans ses premières grandes manifestations, on est moins renseigné sur une foule de syndrômes morbides qui ont une attache éloignée et plus ou moins reconnaissable avec le paludisme. Très objective comme cause, la malaria a des aspects cliniques tellement variés, qu'elle peut simuler un grand nombre de maladies et qu'elle est souvent méconnaissables dans ses types aberrants et larvés. Même l'hématozoaire qui la cause peut faire défaut à un moment donné ou subir des transformations qui le rendent méconnaissable ou le font confondre avec d'autres espèces de parasites. Même incertitude au point de vue thérapeutique : la quinine, si utile contre les manifestations récentes de l'impaludisme, échoue dans la cachexie où son action devient obscure dans les cas d'associations microbiennes, alors que le médicament peut atteindre certains troubles qui n'ont rien de commun avec la malaria.

On trouvera dans le travail de M. Vicente l'exposé très développé et très raisonné du parasitisme du sang par les protozoaires, on pourrait dire de la faune paludéenne du sang. Après avoir exposé la classification et le mode de développement des protozoaires, l'auteur étudie les formes de plasmodies et les associations bactériennes dans diverses maladies dont il donne des observations, dans l'anémie, certaines dermatoses, herpès, urticaire, eczéma, impétigo. Il décrit de fausses plasmodies, dont la présence ne cause pas de fièvre, ni de splénomégalie, mais un état infection où domine l'intolérance gastrique, l'amaigrissement et la dépression des forces. Une affection qui ressemble à la méningite cérébro-spinale a donné à l'examen des spores bondissantes et des sillons ; enfin certains microorganismes peuvent simuler la forme des flagella.

L'influence des parasites, microbes et protozoaires, est particulièrement étudiée en ce qui concerne l'anémie, la chloro-anémie et la chlorose. L'hématozoaire du paludisme dans la chlorose suspend le développement général du corps, tandis que la chlorose microbienne de l'âge mûr entraîne des troubles cachectiques, des troubles digestifs et nerveux. Certains de ces microorganismes peuvent simuler les plasmodies. Un chapitre est réservé au rôle des amibes, à leur présence dans le sang et dans le foie. Enfin cette étude se termine par l'étude d'un des moyens de défense de l'organisme, la phagocytose.

L. J.

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 17 octobre 1899. — Présidence de M. PANAS

Paludisme et aortite. — M. LAVERAN présente au nom du Dr Cardamatis, d'Athènes, un travail manuscrit concernant les relations du paludisme et de l'aortite. Les faits relatés dans ce travail confirment l'opinion émise par M. Laveran : que les médecins grecs comme les médecins d'Algérie sont unanimes pour déclarer que le paludisme ne doit pas être rangé parmi les causes de l'aortite.

Histoire de la médecine. — M. FERRAND lit un rapport sur une communication faite à l'Académie par le Dr Torkomian de Constantinople, sur un médecin arménien du XIIIe siècle, Mekhitar de Her (V. *France méd.* n° 30 p. 477.)

Tumeurs de la vessie. — M. JULES BŒCKEL (de Strasbourg). Il est possible d'obtenir une guérison durable, définitive même, grâce à l'intervention chirurgicale, comme le prouvent les faits apportés par l'auteur ; la guérison est définitive dans les cas de tumeurs bénignes. Celles qu'a enlevées M. Jules Bœckel rentraient dans la catégorie que les histologistes ont appelée *cancer villeux* et qu'on ferait

mieux de désigner sous le nom de papillomes, car elles sont de nature essentiellement bénigne.

La première observation est intéressante par le volume de la tumeur qui remplissait toute la cavité vésicale et la facilité avec laquelle elle put être extirpée.

La deuxième offre cette particularité que, dix-huit mois après la guérison, il se forma un calcul vésical, qui nécessita une deuxième intervention, d'ailleurs suivie de guérison.

Après avoir décrit les différents symptômes observés chez ses malades, en avoir discuté le diagnostic, M. Jules Bœckel aborde la question du traitement opératoire qu'il convient d'appliquer aux tumeurs de la vessie.

Il préconise de préférence à tout autre procédé la taille sus-pubienne, c'est-à-dire celle qui se fait par l'abdomen. Ce procédé donne beaucoup de jour ; il permet, par conséquent d'aborder la tumeur avec facilité, et de l'extirper en toute sécurité. Les autres procédés doivent aujourd'hui être rejetés ; ils sont d'une exécution moins commode et d'une efficacité plus douteuse.

Rapports de prix. — M. Vallin lit un rapport sur les travaux envoyés pour le concours du prix Vernois.

M. Roux lit le rapport sur les travaux envoyés pour le concours du prix Barbier.

M. Motet lit le rapport sur le concours de prix Herpin (de Genève).

Septicémie tuberculeuse à la suite de couches. — M. Doléris recherche les causes de l'aggravation de la tuberculose après l'accouchement. Une femme accouchée l'an dernier dans son service à l'hôpital Boucicaut, bien portante jusqu'au début de sa grossesse, devint malade à cette époque et accoucha le huitième mois d'un enfant vivant. La malade eut alors de la fièvre et donna les signes d'une fonte tuberculose pulmonaire assez rapide et, transportée dans le service de M. Letulle, elle y succomba huit jour, après.

Une autre femme observée par M. Doléris succomba dans son service de la Pitié, des suites d'une tuberculose qui chronique d'abord, était devenue aiguë à l'époque de l'accouchement.

M. Doléris a recherché si le sang de la circulation générale de ces deux femmes ne contenait pas de bacilles de Koch; si, en d'autres termes, il n'y avait pas eu, sous l'influence de l'accouchement,une généralisation tuberculeuses Et, en effet, le sang recueilli chez ces deux malades,dans des conditions rigoureuses d'asepsie, provoqua chez des cobayes le développement de la tuberculose. Il se fait donc chez ces femmes une véritable septicémie tuberculeuse.

A 5 heures, l'Académie se forme en comité secret pour entendre les conclusions des rapports de prix lus en séance.

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX

Séance du 13 octobre 1899. — Présidence de M. Raymond.

Herpès généralisé. — M. Rendu rapporte l'observation d'une éruption d'herpès, remarquable par sa généralisation et sa disposition symétrique. En outre, la cause de cet herpès paraît être l'ingestion, quatre jours avant l'éruption, d'un litre de moules crues, ingestion qui fut suivie presque immédiatement de phénomènes généraux (courbature, frissons, fièvre). L'intoxication produite aura déterminé des troubles nerveux expliquant la symétrie des lésions cutanées.

Dans ces sortes de cas, l'étiologie est la chose importante, beaucoup plus importante que la lésion elle-même (vésicule, papule, bulle).

M. Du Castel se demande, étant donné que l'éruption n'est survenue que quatre jours après l'ingestion des moules, si l'herpès dépend bien d'une intoxication.

M. Rendu. L'intoxication évolue de façon variable suivant les sujets et, au surplus, chez mon malade, les phénomènes généraux sont survenus presque immédiatement.

M. Mosny partage entièrement l'opinion de M. Rendu. Il signale l'importance, au point de vue des infections, de l'eau qu'on avale avec les huîtres, les moules, etc., et qui lui paraît jouer un rôle beaucoup plus grand que le mollusque lui-même.

M. Le Gendre dit que, cependant, on doit tenir compte, dans ces intoxications, du poison qu'on a reconnu exister dans certaines moules avariées. En d'autres termes, il y a deux facteurs à considérer, l'eau et le mollusque.

Parésies de la chorée et du goitre exophtalmique. — M. Londe signale les grandes analogies qui existent entre les parésies de ces deux maladies, parésies qui sont à peu près constantes, comme on le sait.

M. Béclère. Il est assez difficile de fixer les limites du syndrome de Basedow ; on le rencontre souvent avec l'hystérie et, en pareil cas, il est excessivement difficile parfois de faire le départ entre ce qui revient à l'hystérie et ce qui relève du goître exophtalmique. Cela est particulièrement vrai des paralysies.

SOCIÉTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Séance du 14 octobre 1899. — Présidence de M. Jullien

La séance est ouverte à 4 heures 1/2. Le procès-verbal du 22 juillet sera lu à la prochaine réunion.

Correspondance imprimée. — 1° Revues et journaux habituels ; 2° *Revue des travaux scientifiques* ; 3° *Archives de thérapeutique clinique* ; 4° *Archives médicales de Toulouse* ; 5° *Mémoires de la Société des lettres, sciences et arts de l'Aveyron* ; 6° lettre circulaire du ministère du Commerce annonçant l'envoi de la *circulaire générale* du Congrès international de médecine professionnelle et de déontologie médicale en novembre et décembre 1899, ainsi que dans le courant de l'année 1900. Seront *membres titulaires* du Congrès les médecins qui auront adressé au trésorier, M. Masson, libraire-éditeur, 120, boulevard Saint-Germain, à Paris, leur adhésion sur carte de visite, accompagnée de la somme de *quinze francs*. Ce Congrès doit se tenir à Paris, au cours de l'exposition universelle de 1900, du 23 au 28 juillet inclus ; 7° *Etiologie et traitement de certains troubles vocaux*, par le Dr Paul Olivier ; 8° *Epistaxis spontanées à répétition*, par le Dr Marcel Natier. La Société adresse ses remerciements à MM. les Drs Olivier et Natier.

Correspondance manuscrite. — 1r Lettre de M. le Dr Swinburne, secrétaire du comité de l'Association britannique, pour l'uniformité du format des publications des sociétés scientifiques, demandant l'avis de ses confrères sur ce point. Sera examiné. 2° Manuscrit accompagné d'un pli cacheté, adressé à la Société pour le concours du prix Duparc-

que, et portant pour épigraphe ces deux vers de La Fontaine :

« Si de vous agréer je n'emporte le prix,
« J'aurai du moins l'honneur de l'avoir entrepris ».

Ce travail étant parvenu par la poste au siège de la Société avant le 1er octobre 1899, dernière limite, est admis à concourir. Une Commission sera nommée à cet effet dans la prochaine séance. 3° Lettre de M. le Dr Millée s'excusant de ne pouvoir assister à la séance. 4° Lettre de la Société médico-chirurgicale de Paris demandant de vouloir bien mettre à l'ordre du jour la question de l'évacuation des tuberculeux avérés sur des asiles hors de Paris. 5° Invitation du comité du monument Duchenne, à Boulogne-sur-Mer, adressée à M. le président, le priant de vouloir bien assister à la conférence de M. le professeur Brissaud, au théâtre municipal et à l'inauguration du monument, boulevard du Prince-Albert, le 21 septembre 1899. La Société avait délégué le secrétaire général qui l'a représentée à cette cérémonie. 6° Lettre de la Société de chirurgie annonçant que son bail expire le 1er janvier 1900, et demandant à la Société, sa sous-locataire, si elle désire la suivre dans son immeuble, sis rue de Seine, 12, où elle doit prochainement s'installer. Le Bureau est chargé de visiter la nouvelle salle des séances et d'en faire un rapport à la Société.

M. le Président. J'ai la douleur de vous annoncer la mort de notre membre titulaire, M. Henry Morau. Notre compagnie fait une perte considérable en voyant disparaître en pleine activité physique et intellectuelle ce médecin distingué.

Bien qu'il ne nous appartînt que depuis 3 ans, chacun de nous avait pu apprécier l'élévation de sa science, la sûreté de son caractère et l'attrait de son commerce. Les importantes fonctions qu'il remplissait à la Faculté et son étude assidue des problèmes les plus ardus de la physiologie et de l'histologie, ne l'empêchaient pas de nous charmer par son érudition. Nous nous rappellerons, à côté de ses travaux de pure clinique et d'anatomie pathologique sur la colite membraneuse, ses pittoresques et spirituels aperçus sur l'histoire de notre art, et ses brillantes discussions avec notre secrétaire général à propos de la médecine et des maladies vénériennes chez les Romains. Et tous nous regretterons sincèrement le savant modeste et consciencieux autant que distingué, le confrère à la vertu professionnelle sans tache, l'homme de lettres, l'artiste et par dessus tout le parfait honnête homme et l'excellent camarade.

M. Buret, secrétaire général, lit le discours qu'il a prononcé au nom de la Société de médecine de Paris, à l'inauguration du monument Duchenne, à Boulogne-sur-Mer, le 21 septembre 1899.

Mesdames,
Messieurs,

Après la brillante conférence de M. le professeur Brissaud, il semblerait qu'il n'y eût plus rien à dire sur Duchenne, le savant dont nous venons tous ici honorer la mémoire : je vous demanderai, toutefois, la permission d'ajouter quelques mots, au nom de la Société de médecine de Paris. Je serai forcément très bref, n'ayant pas l'intention de vous retracer une biographie que vous connaissez à fond maintenant, grâce au talent d'exposition de l'éminent orateur qui m'a précédé. Il est, cependant, touchant notre grand compatriote, certaines particularités connues d'un très petit nombre et que je me propose de mettre en lumière. Je vous présenterai donc Duchenne, non pas comme homme de science — vous êtes édifiés à ce sujet — mais sous un jour très spécial, c'est-à-dire en qualité de membre titulaire de notre Compagnie. Vous l'y verrez entrer et y travailler : vous verrez aussi ce que le monde savant a pensé de ses travaux.

La Société de médecine, par une attention délicate dont je lui suis profondément reconnaissant, a voulu confier à un Boulonnais le soin de prononcer en son nom l'éloge de Duchenne. Cette pieuse mission me procure une fois de plus le plaisir de fouler le sol où je suis fier d'avoir vu le jour : la vie est ainsi faite qu'il faut presque toujours des circonstances officielles pour se retrouver en famille !

Vous savez tous que Duchenne, hanté par une idée fixe, se décida, un beau jour, à quitter Boulogne, après onze années de clientèle, pour aller enfin se fixer à Paris où sa fièvre scientifique le poussait. C'était en 1842. Le jeune médecin accumula, dès lors, travaux sur travaux, et ce fut en 1851 qu'il posa sa candidature comme membre titulaire de la Société de médecine de Paris. Il avait 45 ans. Nos bulletins annuels n'ayant été imprimés, pour la première fois, qu'en 1865, il devenait assez difficile de déterminer avec précision la part de collaboration de Duchenne de Boulogne dans les travaux de la Société pendant une première période de quatorze ans. Toutefois, je fus assez heureux pour découvrir deux registres manuscrits qui avaient échappé au naufrage des déménagements successifs, nécessités par les tourmentes, notamment en 1871. A cette époque-là, la Société avait son siège à l'Hôtel-de-Ville. Ces deux registres dépareillés, seules épaves d'une série, me fournirent quelques données assez précises, malgré des lacunes de plusieurs années. Ce sont les résumés des procès-verbaux des séances de la Société, assez incomplets, mais où l'on peut toutefois retrouver les titres de nombreuses communications importantes de Duchenne : je vais vous en donner un aperçu rapide.

Dans la première séance de l'année 1851, le 3 janvier, je trouve une lettre de Duchenne posant sa candidature comme membre titulaire. Conformément aux statuts, il annonce la lecture publique d'un travail inédit ayant pour titre : *L'électricité appliquée à la pathologie.* Le candidat arrivait précédé d'un bagage scientifique des plus remarquables. Pour s'en convaincre, il suffit de se reporter à la séance suivante, celle du 17 janvier. Nous y trouvons mentionné un envoi de Duchenne comprenant un travail manuscrit, *sur les propriétés physiologiques et thérapeutiques spéciales des différentes espèces d'électricité*, puis une collection de mémoires imprimés dont voici les principaux :

1° *Exposition d'une méthode de galvanisation, dite galvanisation localisée* ;

2° *Note sur le traitement de certaines névralgies sciatiques par la méthode galvano-cutanée* ;

3° *Recherches électro-physiologiques et pathologiques sur la corde du tympan* ;

4° *Recherches sur la contractilité et la sensibilité électro-musculaires dans les paralysies du membre supérieur* ;

5° *Discussion entre les Drs Marshal Hall et Duchenne sur l'état de l'irritabilité dans les paralysies.*

Une commission fut nommée pour examiner les titres du nouveau candidat, avec M. Debout comme rapporteur.

L'impression de l'ouvrage de Duchenne est voté par la Société et notre compatriote est admis à l'unanimité en novembre 1851. Je n'ai pas pu retrouver le rapport du Dr Debout, mais les paroles suivantes du Dr Sandras, prononcées dans la séance du 12 décembre, pourront nous renseigner suffisamment sur l'opinion de la Société à l'égard de la nouvelle recrue qu'elle admettait dans son sein.

« M. Duchenne, dit Sandras, a fait sur l'électricité des travaux qui sont estimés par tout le monde : je ne peux que joindre mon éloge à celui qui lui a été si justement rendu par l'honorable rapporteur, M. Debout. Entre autres progrès dus à Duchenne, je me plais à citer l'usage localisé de l'électricité, de telle sorte qu'on peut exciter à volonté la sensibilité avec les contractions musculaires. Je parle des travaux de M. Duchenne en connaissance de cause, attendu que j'ai tous les jours l'occasion de les apprécier expérimentalement. »

N'allez pas croire que Duchenne, une fois reçu membre de la Société de médecine de Paris, se soit reposé sur ses lauriers. Travailleur infatigable, nous le voyons, en 1852, faire hommage à la Société d'un nouveau travail, à la date du 4 juin : *Recherches électro-physiologiques et pathologiques sur les muscles de la main*. Le 5 août, il présente plusieurs malades affectés de différentes altérations des muscles, sur lesquels il démontre, à l'aide de l'électro-galvanisme, l'action des muscles de l'épaule, deltoïde, trapèze, rhomboïde et grand dentelé, chose peu connue à cette époque. Le 5 novembre, il communique le résultat de ses recherches dans la *paralysie faciale* : il a vu plusieurs fois le spasme succéder à la paralysie et il a ramené la régularité des traits en agissant électriquement sur les muscles sains. Même application de cette découverte le 17 décembre, à propos du *torticolis*. Duchenne ayant raisonné par analogie, arrive à démontrer qu'on peut guérir cette affection par l'électricité en agissant sur un muscle sain; il lutte contre le raccourcissement pathologique des muscles malades en agissant sur les antagonistes.

Plus fort encore. En 1853, il guérit entièrement une angine de poitrine par l'excitation électrique de la région sternale. Je passe sous silence — car nous n'en finirions pas avec ce savant presque trop fécond — les nombreuses discussions auxquelles il prit une part brillante dans les années qui suivirent. Parmi les principaux travaux présentés à la Société, je citerai encore, de 1861 à 1872, une note *sur un cas de paralysie progressive localisée aux muscles du voile du palais et de la langue et à l'orbiculaire des lèvres*; un mémoire *sur les lésions du nerf grand sympathique dans les cas d'ataxie locomotrice*; un travail *sur la contracture réflexe ascendante par traumatisme musculaire*; enfin un mémoire sur *la paralysie pseudo-hypertrophique* ou *myo-sclérosique*.

Tels sont les travaux dont j'ai pu retrouver la trace dans nos archives ; et encore, comme je vous le disais tout à l'heure, il y a des lacunes de plusieurs années. Pardonnez-moi cette énumération un peu aride, mais elle était nécessaire pour faire voir que peu d'hommes eurent une carrière aussi bien remplie. En 1875, après nous avoir donné vingt-cinq ans de sa vie scientifique, Duchenne mourait, laissant un nom impérissable.

Je n'entreprendrai pas de vous retracer son œuvre : des voix plus autorisées que la mienne l'ayant fait, je ne pourrais que l'amoindrir. Je puis dire, toutefois, que Charcot, quand il parlait de Duchenne de Boulogne, se déclarait honoré de le nommer son maître : quel plus bel éloge que ce mot dans la bouche d'un homme arrivé à l'apogée de la gloire et des honneurs, à l'égard d'un modeste qui s'écarta toujours de tout poste officiel ! C'est que Duchenne était génial et que le génie s'impose partout où il passe.

Il y a quelque vingt ans, alors que j'étais externe à l'hôpital Saint-Antoine, je causais avec un jeune médecin des hôpitaux, aujourd'hui professeur agrégé à la Faculté. « Voyez-vous, me disait-il, de tout ce déluge d'imprimés, de livres, de publications de toutes sortes, dont nous sommes inondés dans cette seconde moitié du siècle, il ne restera peut-être qu'une seule œuvre, celle de Duchenne de Boulogne ». J'ai pu vérifier plus tard combien cette appréciation était juste. Duchenne fait partie de cette pléiade de grands hommes que notre ville — nous avons bien le droit de le dire — a le légitime orgueil d'avoir enfantés. Au reste, c'est une spécialité en quelque sorte. Regardez autour de vous : dans la marine et dans l'armée, à l'Institut, dans les arts et dans l'industrie, dans les sciences comme dans les lettres, dans les sphères officielles ou même gouvernementales, partout enfin où il faut des hommes d'élite, la ville de Boulogne est ou a été représentée. Au nom de la *Société de médecine* de Paris, je salue en Duchenne un de ses plus illustres enfants.

M. Jullien lit à la Société, la communication qu'il a faite au Congrès de Bruxelles *sur les vénériennes à Saint-Lazare*. (*Sera publié*).

La discussion sur cet intéressant sujet est reportée à la prochaine réunion.

La séance est levée à 5 h. 35.

Le *Secrétaire général*,
F. Buret.

PREMIER CONGRÈS INTERNATIONAL
DES
MÉDECINS DES COMPAGNIES D'ASSURANCES

Suite et fin (1).

Séance de l'après-midi.

Présidence de M. Dufour (Genève).

Les névroses traumatiques en matière d'assurances.

M. Crocq, rapporteur. — Il faut englober sous le terme névroses traumatiques tous les troubles nerveux consécutifs au traumatisme, dans lesquels une lésion organique évidente n'était pas décelable ; il y a en outre toute une catégorie de cas dans lesquels il y a lieu d'admettre une lésion probable, d'où la différenciation entre les *névroses traumatiques graves* et les *névroses traumatiques pures*. Les formes de névroses varient considérablement ; elles se rapportent à la neurasthénie, aux psychoses, à l'hystérie, à l'épilepsie, à la maladie de Parkinson, etc. Le pronostic fâcheux dans les névroses dites « graves » est favorable dans les névroses dites « pures ». Pour déterminer les responsabilités, il faudra : 1° prouver la réalité de l'accident; 2° déterminer si l'accident a été la cause réelle de la maladie; il y a généralement des phénomènes prodromiques qui peuvent faire reconnaître une relation de cause à effet entre le traumatisme et la maladie observée; 3° écarter

(1) V. *France médicale*, n° 41, p. 650.

toute simulation et toute exagération ; 4° faire le diagnostic, souvent très difficile ; le meilleur moyen est encore de se baser sur l'étiologie : les névroses traumatiques graves se montrent à la suite d'une commotion violente, l'émotion morale pouvant être intense, tandis que les névroses traumatiques pures se produisent à la suite de traumatismes généralement peu importants, s'accompagnant d'une émotion morale violente ; 5° établir le pronostic que la névrose grave implique, l'incurabilité et l'incapacité permanente.

DISCUSSION

M. LE PRÉSIDENT attache une grande importance aux symptômes oculaires pour faciliter le diagnostic des névroses avec lésion ; l'atrophie du nerf optique serait d'après lui un symptôme sérieux à ce point de vue.

M. SIREDEY (Paris) demande si M. Dufour croit que les cas dans lesquels il y a eu perte de connaissance sont ceux dans lesquels il y a des lésions des nerfs crâniens.

M. MAHILLON (sur le récit fait par M. Dufour de deux cas observés par lui) appelle l'attention des membres sur les assertions des malades qui souvent font remonter leur affection à un traumatisme qui les a frappés.

M. WERTHEIM SALOMONSEN (Amsterdam) désire que l'on sépare nettement les maladies organiques préexistantes des maladies traumatiques, surtout pour ce qui regarde la vision.

De la fraude en matière d'assurances sur la vie.

M. WEILL-MANTOU, rapporteur, après avoir cité nombre de faits empruntés à sa longue expérience, énonce les conclusions qui suivent :

1° Le questionnaire auquel devra répondre le candidat sera suffisamment développé et très précis ; les réponses devront toujours être nettes et explicites ;

2° L'examen médical sera aussi attentif et méticuleux que possible ; il n'aura pour limites que le respect des convenances sociales, surtout vis-à-vis des femmes ;

3° Les examens pratiqués au domicile des intéressés seront aussi rares que possible ; sorti de chez lui, le candidat se sentira moins bien armé pour le combat qu'au milieu des personnes et des objets qui lui sont familiers ;

4° Le médecin sera de préférence laissé seul à seul avec le candidat, exception faite pour les femmes et les enfants ;

5° Il sera bon de renoncer aux examens du soir ainsi qu'aux examens pratiqués dans des arrière-boutiques ou autres locaux dénués de jour, d'espace ou de confort ;

6° Les urines à analyser seront toujours émises en présence du médecin ou tout au moins dans une pièce voisine ; en ce cas, elles doivent toujours être *tièdes* ;

7° Les compagnies d'assurances ont un intérêt majeur à s'aviser régulièrement et *rapidement* de leurs refus au moyen de fiches ou de tout autre système qu'il n'est pas de notre compétence de discuter ; elles se communiqueront, en cas de besoin, les dossiers des refusés (déclarations et certificat médical) ;

8° Pour disposer d'un personnel médical compétent et plus versé qu'il ne l'est généralement dans les choses de l'assurance, il serait à souhaiter que les diverses compagnies s'entendissent pour dresser en commun (en dehors des grands centres naturellement) la liste des médecins examinateurs auxquels elles confieraient la défense de leurs intérêts respectifs.

DISCUSSION.

M. SIREDEY (Paris) appelle l'attention sur les nombreuses affections pour lesquelles on est obligé d'admettre, sans les contrôler, les assertions des proposants : les convenances s'opposent à l'examen des organes génitaux chez la femme surtout. Or les déclarations à ce sujet sont bien incomplètes et il y aurait lieu de formuler des questions très précises pour tout ce qui regarde ces organes. L'orateur voudrait voir cette question revenir dans un prochain Congrès.

M. POELS a laissé la question ouverte par la question générale qu'il a introduite avec intention dans son formulaire.

M. DOMINGUEZ-DELANEY (New-York), signale que les compagnies croient parfois que le proposant a fraudé alors qu'il n'a pas eu cette intention. Des cas de ce genre sont plus fréquents qu'on ne le pense.

M. MAHILLON fait cette remarque piquante que, alors que, depuis qu'il fait les examens pour la Caisse d'épargne, plus de 12.000 feuilles de proposants lui ont passé par les mains, il n'a jamais obtenu un aveu de blennorragie ou de syphilis.

M. CROCQ (Bruxelles) trouve qu'on exagère les craintes et les convenances ; il faut pouvoir pratiquer le toucher vaginal quand c'est nécessaire. C'est grâce à cet examen qu'il put un jour se rendre compte d'un cancer utérin chez une femme qu'il était sur le point d'accepter.

M. SIREDEY trouve qu'on ne doit procéder à cet examen que quand c'est absolument nécessaire.

M. VERHOOGEN (Bruxelles) n'admet pas la communication des données d'une compagnie d'assurances à une autre : si ce fait était connu du public, il écarterait bien des demandes et fermerait la bouche au médecin traitant.

M. WENCKEBACH (Utrecht) demande comment les médecins français, qui poussent si loin le souci du secret médical, peuvent parler de certificats médicaux, puisque le médecin traitant ne peut pas en donner d'après eux.

M. VAN GEUNS (Amsterdam) rappelle le système pratiqué en Autriche, où il existe un « Mittheilungsverband », une sorte d'association des sociétés, pas lesquelles celles-ci font savoir mutuellement si un proposant a déjà été refusé par l'une d'elles.

M. POELS combat l'opinion de M. Verhoogen : si elle était appliquée, elle empêcherait toute réassurance.

M. WEILL-MANTOU explique le système de fiches qu'il propose et qui est déjà employé par certaines compagnies. Quant au certificat dont parle M. Wenckelbach, il est donné par le médecin au proposant et sur la demande de celui-ci.

M. VERHOOGEN maintient qu'il est dangereux de communiquer à une autre société des renseignements donnés confidentiellement à une seule.

M. MAHILLON et M. WEILL-MANTOU sont d'accord pour déclarer qu'il ne s'agit pas de la communication du dossier du proposant.

Admissibilité des glycosuriques.

M. LE BŒUF, rapporteur, lit les conclusions de son rapport.

DISCUSSION.

M. SALOMONSEN (Copenhague) refuse absolument tout glycosurique, car il n'a confiance en aucun d'eux quant au régime qu'ils suivent.

D'autre part, personne ne peut prévoir la durée de la vie d'un glycosurique, qui sera emporté par la première maladie infectieuse dont il sera frappé. Dans les Congrès scandinaves, on a été du même avis.

M. Siredey (Paris) a été frappé de la difficulté qu'il y a à déterminer la durée probable de la vie d'un diabétique. Ce sont des gens fragiles, qui succombent à la première infection venue. Beaucoup de diabétiques pourraient être admis moyennant une surprime. Quant au diabétique maigre, il y a lieu de le refuser toujours.

M. Mahillon (Bruxelles) trouve que certains diabétiques pourraient être admis à une assurance mixte de 5,10 ou 15 ans.

M. Wertheim-Salomonsen (Amsterdam). Le danger que comporte le diabète diminue si le proposant est plus âgé. Beaucoup de médecins allemands font la distinction entre les diabétiques qui présentent du sucre quel que soit leur régime et ceux qui, étant mis au régime, voient leur sucre disparaître complètement et peuvent même ajouter à ce régime sévère une petite quantité de féculents. Cet examen est évidemment très difficile à faire.

M. Le Bœuf . Ces renseignements ne pourront être connus qu'en Danemark, où c'est le médecin de famille qui fait l'examen.

M. Dominguez-Delaney (NewYork). L'appréciation de cas de ce genre est toujours très difficile et demande une grande expérience des assurances. Il serait donc à souhaiter que le médecin ne donne pas son appréciation sur les risques, laissant ce soin au Comité central.

M. Salomonsen refuse tout glycosurique, parce qu'il est impossible de savoir s'il vivra un mois ou vingt-cinq ans.

M. Le Bœuf. Je suis absolument de l'avis de mes confrères qui regrettent pour beaucoup de diabétiques l'ostracisme dont les frappent les compagnies d'assurances. Je connais aussi plusieurs diabétiques dont l'état de santé se maintient très satisfaisant depuis assez longtemps pour justifier l'intervention de nos collègues en faveur de cette intéressante catégorie de postulants. Mais si votre pronostic peut être favorablement influencé par la connaissance approfondie et l'observation prolongée d'un glycosurique, il n'en est pas de même, me semble-t-il, quand une compagnie d'assurances réclame notre avis sur un candidat antérieurement inconnu et dont les urines renferment du sucre.

Je ne conteste nullement l'existence des « bons diabétiques » et des « bons glycosuriques », mais je crois que nous sommes malheureusement obligés d'abandonner le terrain de la clinique, le seul où la différenciation soit possible, pour nous en tenir exclusivement aux conditions — défectueuses, je le reconnais, — dans lesquelles se trouve le médecin examinateur. C'est ce côté de la question que j'ai envisagé dans mon rapport, et tant que les procédés d'examen des postulants n'auront pas été modifiés, je continuerai à croire que la plus grande prudence s'impose et que l'ajournement doit demeurer la règle, qu'il s'agisse de diabète vrai ou de glycosurie simple.

Séance du 27 septembre 1899 (*matin*)

Présidents : M. Vleminckx, puis M. Salomonsen

Tuberculose humaine; contagion et hérédité, considérées au point de vue de l'assurance sur la vie.

M. J. Meyer (Metz), rapporteur. s'efforce de se faire une idée de l'importance relative de la contagion et de la prédisposition tuberculeuses. Les avis des auteurs sont extrêmement différents. Il s'adresse à la statistique pour élucider cette question ; d'après celle qu'il cite, parmi les personnes issues de tuberculeux, il y en a beaucoup plus qui restent indemnes que d'autres. Il n'est donc pas permis de refuser un proposant issu de parents tuberculeux.

Ces statistiques de Leudet, de Squire, d'Emminghaus et de Meyer lui-même se trouvent annexées au rapport.

L'auteur déclare, d'après elles, que la tuberculose est avant tout une maladie contagieuse ; mais il y a un deuxième facteur important : la « connivence de l'organisme ». Le médecin expert ne devra pas négliger ce point de vue et examinera avec soin s'il n'a pas devant lui un « candidat à la tuberculose »,

Les causes prédisposantes sont une maladie chronique des parents, l'âge, les mauvaises conditions sociales, l'hygiène et la nourriture, certaines professions ; il y a ensuite les maladies du système respiratoire, du tube digestif, l'alcoolisme, le diabète, etc. Au point de vue du médecin-expert, le teint, l'abaissement de la pression artérielle, l'existence d'un thorax paralytique, l'insuffisance de la circulation, une déviation de la colonne. La corpulence (quotient du poids en hectogrammes divisé par la taille en centimètres) doit être supérieure à 3 ; le périmètre thoracique peut donner également d'utiles indications.

En résumé, Meyer propose de refuser : tout proposant qui a ou qui a eu une tuberculose quelconque ; tout proposant issu de tuberculeux, qui souffre de pleurésie, d'hémoptysie, de bronchite chronique, de scrofulose, de déviation de la colonne vertébrale ; tout proposant qui a souffert de pleurésies tuberculeuses, d'hémoptysie, de bronchites récidivantes ; tout dyspeptique issu de tuberculeux, s'il ne guérit pas après un traitement approprié ; tout proposant issu de tuberculeux et vivant dans des conditions fâcheuses, dont le périmètre thoracique ou le poids sera notablement inférieur à la normale, tout proposant issu de deux parents tuberculeux, s'il n'a pas 35 ans au moins et s'il n'est pas absolument vigoureux ; tout proposant qui, par ses antécédents ou par sa constitution, est candidat à la tuberculose ; tout proposant issu de tuberculeux qui est en contact intime avec un phtisique. Si le conjoint tuberculeux est décédé depuis deux ou trois ans et que le proposant est bien portant, le risque est nul.

Discussion.

M. Salomonsen (Copenhague) lit les conclusions qu'il tire de ses remarquables statistiques dressées à l'occasion du jubilé de la société « Danmark's Livsforsikring » ; force nous est de renvoyer au compte rendu détaillé pour ces chiffres intéressants. L'orateur discute les conclusions de certains auteurs qui voulaient faire varier la surprime d'après le nombre de morts par tuberculose dans la famille. L'importance du poids est très grande pour reconnaître la prédisposition.

M. Siredey croit au rôle prépondérant de la contagion ; il faudrait mentionner dans la statistique l'âge qu'avait le proposant au moment de la mort par tuberculose d'un de ses parents. Il convient aussi d'interroger le postulant sur l'état de santé des personnes qui vivent avec lui.

M. Weill-Mantou (Paris). Les anciennes pleurésies ne doivent permettre l'acceptation que lorsqu'il ne subsiste d'elles aucun symptôme objectif. Quant aux hémoptysies traumatiques, que M. Meyer ne considère pas comme un

motif de refus, elles appellent souvent la tuberculose. La fistule anale entraîne un refus systématique.

M. Moritz (Saint-Pétersbourg). — La pleurésie et la fistule anale entraînent l'ajournement. Presque tout le monde présente quelque part dans le poumon des cicatrices de tuberculose. Chez les uns, cette tuberculose se développe ; chez d'autres, elle régresse. Or, ce qui fait que les uns sont vainqueurs et les autres vaincus, c'est le terrain, dont nous ne pouvons nous faire une idée que par les renseignements héréditaires.

M. Dominguez-Delaney se défie des statistiques parce que souvent on n'y tient pas compte de facteurs importants tels que la catégorie spéciale des gens à laquelle elles se rapportent : la statistique générale et celle des assurés est toute différente. La mortalité est différente d'après les pays et l'âge.

D'autre part, certaines lésions tuberculeuses très anciennes n'entraînent pas le refus : telles une ancienne coxalgie, des périostites, etc.

M. Meyer. — Les avis sont partagés pour ce qui se rapporte à la pleurésie : le professeur Naunyn la considère comme toujours tuberculeuse ; le professeur Landouzy est d'un autre avis.

L'admissibilité des syphilitiques.

Discussion :

M. Siredey (Paris) fait l'éloge du rapport. Il voudrait voir mentionner l'importance de l'hérédité névropathique au point de vue d'affections nerveuses possibles. Les écoles de la Salpêtrière et de Saint-Louis sont en désaccord sur ce point : les médecins de cette dernière donnent à l'hérédité une place trop restreinte. Ils voient la syphilis comme seule cause partout, précisément parce que tous ceux dont la maladie nerveuse dérive d'une syphilis vont les consulter.

M. Bayet admet qu'il y a peut-être de l'exagération du côté de M. Fournier. Quand au rôle de l'hérédité, il est difficile de le connaître, parce que le malade paralytique général est hors d'état de donner des renseignements et que la famille ignore souvent la syphilis qui a précédé.

M. Crocq, comme neurologiste, insiste sur l'importance de l'hérédité, qui fait du système nerveux un *locus minoris resistentiæ* pour tous les poisons et toutes les infections.

M. Dufour. Nous ne voyons que les syphilitiques qui sont fortement malades, qui ont des lésions sérieuses ; les autres courent les rues. Les statistiques médicales sont donc toutes exagerées.

M. Haramlamb (Roumanie) pense que trois années de traitement sont insuffisantes ; il faudrait augmenter cette période pour avoir des garanties plus sérieuses.

De la continuité des états morbides à travers la vie

M. le Dr Verriest (Louvain), rapporteur. — La plupart des maladies de l'âge adulte sont la suite de lésions laissées dans les organes par les maladies de la première enfance, soit que les lésions évoluent naturellement vers de nouvelles manifestations morbides, soit qu'elles diminuent simplement les résistances organiques.

Dans la grande majorité des cas, les troubles digestifs de la jeunesse et de l'âge adulte se relient à des dyspepsies de la première année de la vie. L'examen des malades ne laisse pas de doute à cet égard ; conformation générale du ventre, cicatrisation vicieuse de l'ombilic, diastase des muscles droits, faiblesse des tissus fibreux et des portes herniaires, développement du réseau veineux sous-cutané, hémorroïdes précoces, lordose, déformation du segment inférieur du thorax, bassin plat, abaissement du plancher pelvien et déviations utérines, gastroptoses.

Les intoxications et les troubles nutritifs consécutifs aux dyspepsies de la première enfance laissent de même des traces reconnaissables extérieurement : altérations du squelette et de la dentition ; conformation spéciale des membres avec ébauche d'acromégalie ; artériosclérose précoce, troubles de la circulation périphérique.

Les néphrites ne sont souvent qu'un terme ultérieur de ces intoxications et de cette artériosclérose.

Un très grand nombre de neurasthénies doivent également être rapportées aux intoxications survenues à la période la plus active du développement anatomique et fonctionnel du système nerveux. A ces intoxications peuvent se joindre les déformations et dislocations consécutives au ramollissement des os du crâne, les compressions dues à l'augmentation si fréquente de la tension intracrânienne, et enfin les troubles consécutifs de la circulation veineuse. L'ectasie du réseau veineux frontal, qui se remarque chez beaucoup de neurasthéniques, témoigne de ces troubles.

Les bronchites et broncho-pneumonies de la première enfance laissent de même souvent derrière elles des altérations et des foyers latents, qui deviennent le point de départ des pneumonies, pleurésies, tuberculoses et infections générales de la jeunesse et de l'âge adulte. Ici encore ces tares se trahissent par des indices extérieurs.

La mortalité infantile due aux gastro-entérites et aux broncho-pneumonies est énorme. Les enfants, également nombreux, qui, après de longs troubles échappent à la mort, forment un matériel taré pour la vie entière. Pendant la jeunesse, période d'exubérance des forces, ces tares peuvent être masquées ; l'examen attentif de leurs indices et la connaissance de la valeur qu'il faut leur attribuer sont d'une importance majeure dans l'appréciation de la valeur de l'individu.

L'assurance sur la vie et l'alcoolisme chronique.

M. le Dr De Boeck (Bruxelles), rapporteur. — 1° L'intoxication alcoolique se caractérise dans sa forme chronique par de l'artériosclérose, de l'hypertrophie du tissu conjonctif, la dégénérescence graisseuse des organes parenchymateux, la destruction des éléments nerveux.

2° On peut résumer fort approximativement les effets de l'alcool dans l'intoxication chronique en disant que le poison détermine la sénilité prématurée des organes.

3° L'alcoolique chronique doit être considéré, au point de vue des assurances sur la vie, comme plus vieux que son âge : depuis longtemps le médecin sait que l'homme a l'âge de ses vaisseaux.

4° Dans l'évaluation du degré de sénilité, il y a lieu de tenir compte de la durée des abus, et aussi de l'âge où ils ont commencé. Il semble que l'action de l'alcool doit être d'autant plus rapide et plus profonde que les organes sont plus âgés, possèdent moins d'élasticité.

5° L'assureur devra tenir un large compte de l'alcoolisme des parents dans l'évaluation de la capacité vitale d'un individu.

La dégradation héréditaire est d'autant plus marquée que les enfants sont nés de parents plus âgés ou se livrant à la boisson depuis plus longtemps.

DISCUSSION

M. SIREDEY (Paris) croit qu'à côté de l'artériosclérose, il importe d'accorder une grande importance aux diverses stéatoses viscérales, et aussi au fait que l'alcoolisme rend plus graves toutes les maladies infectieuses ou autres dont le sujet peut être atteint. Il faut se défier des déclarations des alcooliques, qui souvent ne se rendent même pas compte de la quantité d'alcool qu'ils boivent en un jour. Comme premiers signes, l'orateur accorde une grande importance à la pituite matinale, aux rêves professionnels.

M. MAHILLON (Bruxelles) refuse les alcooliques avérés ; il faut accorder une certaine importance à l'alcoolisme des ascendants, parce qu'il prédispose aux maladies nerveuses et à l'ivrognerie.

M. DE BOECK observe à ce propos que l'hérédité pathologique s'affirme davantage chez les enfants successifs, à mesure que les parents alcooliques sont plus âgés au moment de la naissance.

M. WEILL-MANTOU (Paris). Il y a donc lieu de poser des questions au proposant, tendant à connaître son rang parmi les enfants et l'âge de ses parents à sa naissance.

Les membres du Congrès se mettent d'accord pour que la question du diagnostic précoce de l'alcoolisme figure à l'ordre du jour du prochain Congrès.

REPRISE DE LA DISCUSSION DU SECRET MÉDICAL.

M. WENCKEBACH (Utrecht) demande à revenir sur la question, parce que le Congrès ne s'est pas prononcé sur la proposition de M. Van Geuns. Le secret médical n'est pas violé par la déclaration de décès. En Hollande, où la question est fort discutée en ce moment, le corps médical est divisé en deux camps à ce sujet. Il est évident que, dans quelques cas, cette déclaration provoquerait certains désagréments, mais ces cas existent beaucoup plus dans la théorie que dans la pratique et ne doivent pas entrer en ligne de compte par rapport aux avantages considérables qui en résulteraient. L'orateur propose donc la motion suivante :

Le premier Congrès international des médecins des compagnies d'assurances, vu que la déclaration de décès est indispensable tant au bon fonctionnement des compagnies qu'au développement de la science (et particulièrement de la statistique), qu'elle n'est pas incompatible avec le secret médical, déclare que cette déclaration doit être permise.

M. SIREDEY (Paris) relève la sévérité des lois françaises à l'égard du secret professionnel.

M. POELS veut que dans le contrat d'assurances il y ait une clause par laquelle le proposant déclare dégager le médecin après sa mort.

M. SIREDEY ajoute cet amendement : « ... le certificat sera remis par le médecin traitant à la famille de l'assuré exclusivement. »

M. DOMINGUEZ DELANEY (Amérique) constate que les divers pays ont des idées et une législation toutes différentes au sujet du secret médical. C'est en France que la question a été poussée le plus loin.

M. MORITZ (Saint-Pétersbourg) et M. FLORSCHUTZ (Gotha) déclarent ne pouvoir prendre aucune attitude dans une question de ce genre, qui ne présente aucun intérêt au point de vue de la législation de leurs pays respectifs.

M. WEILL-MANTOU (Paris) rappelle au Congrès qu'au cours de l'année 1900 se tiendra à Paris un Congrès de déontologie médicale et que la solution de la question devrait plutôt être laissée à ce Congrès international. Les membres du Congrès, après une courte controverse, admettent qu'il n'y a pas lieu de voter, quoique cependant il se dégage de l'ensemble de la discussion l'impression que la déclaration du décès ne constitue pas une atteinte au secret médical quand elle est entourée des garanties demandées par MM. Poëls et Siredey, et qu'elle est indispensable à l'avancement de la science.

Séance de l'après-midi.

Présidence de M. VLEMINCKX.

De l'admissibilité des albuminuriques.

M. le Dr WYBAUW (Bruxelles), rapporteur.

M. SIREDEY (Paris) se rallie aux conclusions du rapport et constate l'importance de ce qu'il appelle les séquelles de maladies infectieuses. Il cite plusieurs cas de néphrites se rattachant à cet ordre d'idées.

M. MORITZ (Saint-Pétersbourg) parle de la maladie de Pavy, dont il a pu observer un cas avec une exactitude minutieuse. L'anémie ne lui semble pas jouer un rôle important. Il s'agit presque toujours de jeunes gens élancés, qui ont vu leur taille s'accroître trop rapidement.

Une discussion assez vive s'engage entre MM. DOMINGUEZ, SALOMONSEN, CROGQ, ADAN, POELS et MAHILLON.

M. POELS (Bruxelles) refuse tous les albuminuriques, sauf ceux qui ne présentent que de la globuline.

M. WEILL-MANTOU (Paris) admet également ceux dont l'urine contient uniquement des peptomes. Sauf ce cas, il refuse impitoyablement les albuminuriques.

De l'importance des affections suppuratives de l'oreille au point de vue de l'assurance sur la vie.

M. le Dr COOSEMANS (Bruxelles), rapporteur. — L'auteur conclut comme suit :

1° Les affections sèches de l'oreille n'ont aucune importance au point de vue de l'assurance sur la vie ;

2° Tout proposant atteint actuellement d'une affection suppurative de n'importe quelle partie de l'organe auditif doit être ajourné.

Après un traitement approprié de plusieurs semaines ou même de quelques mois :

3° Si la suppuration cesse, avec restitution *ad integrum* des parties atteintes et principalement avec occlusion des perforations tympaniques, l'admission peut se faire aux conditions ordinaires ;

4° Si la suppuration se tarit, mais laisse derrière elle une large perforation tympanique sèche, le proposant peut être admis avec une prime plus élevée ;

5° Si la suppuration persiste, avec ou sans carie osseuse, etc., le candidat doit être écarté définitivement.

DISCUSSION.

M. BUYS (Bruxelles). — J'insiste sur le danger que présente toute suppuration de l'oreille, si minime soit-elle. Tout candidat porteur de cet accident devra être écarté. M. Coosemans nous dit que les affections sèches sont sans importance au point de vue qui nous occupe. Je suppose cependant qu'il ne comprend pas dans cette catégorie les scléroses qui entraînent une perte plus ou moins complète de l'ouïe. Il est certain qu'un sourd — plus sujet aux accidents — est un candidat inférieur. D'autre part, il ne faut

pas écarter systématiquement tous les opérés. Il en est qui ont subi des interventions radicales, avec larges pertes de substance même, mais qui se trouvent par ce fait à l'abri de toute récidive. Ces postulants seront de ce chef souvent meilleurs que d'autres chez lesquels sera intervenue une guérison spontanée.

M. Weill-Mantou (Paris). Tous les sourds ne doivent cependant pas être éliminés. Il en est que leur situation et leur profession mettent à l'abri des dangers inhérents à leur infirmité.

M. Buys. Evidemment. Je n'ai pas proposé le refus de tous les sourds.

La radiographie en matière d'assurances

M. Maffei (Bruxelles), rapporteur. — La radiographie est une méthode qui peut rendre de grands services pour reconnaître certaines affections : les maladies de l'appareil respiratoire, de l'appareil circulatoire et surtout de l'appareil locomoteur peuvent être diagnostiquées par cette méthode. Le rapporteur étudie en détail quelques cas qui peuvent se présenter. En général, il est nécessaire de faire plusieurs radiographies dans des plans différents pour obtenir par ce procédé des renseignements exacts. La méthode peut cependant, par une mauvaise utilisation, être la cause d'erreurs et de fraudes.

Création d'un Institut central d'expertise en matière d'assurances

M. Poels rappelle et résume les travaux du Congrès et signale le désir fréquemment exprimé au cours des débats de voir établir des travaux de statistique. Pour arriver à ce résultat, il faudra centraliser les renseignements obtenus de différents côtés et recueillis sur des bases uniformes. Cette mission pourrait être confiée à une commission permanente, constituant un Institut central chargé de recevoir tous les documents intéressant le côté médical de la question des assurances. Cet organisme aurait en outre pour mission de confier à des sections spéciales l'étude de points à éclaircir. C'est lui également qui se chargerait de l'organisation des futurs congrès.

Cette proposition est adoptée. L'Institut central comprendra les membres du Bureau qui a présidé aux travaux du premier Congrès et fonctionnera à Bruxelles.

Le prochain Congrès est fixé à l'année 1901. Il se tiendra à Amsterdam. Le programme des questions qui seront discutées dans cette session sera ultérieurement fixé, mais l'assemblée accepte dès aujourd'hui la mise à l'ordre du jour de l'examen des femmes, l'admissibilité de certains glycosuriques, l'hérédité du cancer.

M. Vleminckx, président, remercie les membres étrangers de la part active qu'ils ont bien voulu prendre aux travaux de l'assemblée. Il rend un hommage chaleureux, que l'assemblée ratifie par de longs applaudissements, au dévouement et au zèle du sympathique secrétaire général, M. Poëls. Il se félicite enfin de l'allure des débats et des fruits que porteront ces premières discussions.

M. Siredey, parlant au nom des membres du Congrès, exprime à son tour au président et au secrétaire général les éloges, la gratitude et la reconnaissance de tous, puis l'on clôt la session en se donnant rendez-vous dans deux ans.

R. Wybauw et L. Le Bœuf.

ASSOCIATION FRANÇAISE DE CHIRURGIE

(XIII[e] CONGRÈS DE CHIRURGIE, 1899).

Séance d'ouverture,

DISCOURS DE M. LE PROFESSEUR ANTONIN PONCET, PRESIDENT.

Messieurs,

Lorsque vous m'avez appelé, il y a deux ans, à la présidence de ce Congrès, vous m'avez fait le plus grand honneur que puisse ambitionner un chirurgien soucieux de mériter votre haute estime et votre sympathie.

Une telle distinction me touche profondément.

Ce n'est pas sans une douce émotion, sans un mélange de joie et de fierté, que j'occupe cette place, annoblie par douze de nos collègues, qui furent mes prédécesseurs (1).

Au déclin de ce XIX[e] siècle qui finit, pour la chirurgie, dans un couchant de gloire et de progrès, il m'eût été agréable de jeter un coup d'œil d'ensemble sur le chemin parcouru depuis cent ans, de constater la réalisation de ce qui fut, pendant si longtemps, un rêve pour l'humanité, d'évoquer les grands noms de cette époque, dont les rayons éclaireront toujours l'aube des âges à venir.

Le siècle qui a vu naître et entrer dans la pratique courante l'anesthésie, l'antisepsie, c'est-à-dire le triomphe sur la douleur et sur la mort par complications opératoires, est marqué d'une auréole impérissable.

D'autres diront plus tard, avec le recul nécessaire, ces merveilleuses conquêtes, auxquelles sont attachées tant de mémoires, qui nous sont chères. Ils apprécieront, mieux que je ne saurais le faire, la part importante qui vous revient.

Mais déjà, il est permis de se demander si, par les méthodes nouvelles de l'asepsie et de l'antisepsie, toutes les promesses ont été tenues, et si la pratique journalière n'a pas à bénéficier d'une sorte d'examen de conscience.

Le moment me semble venu, dans tous les cas, de vous entretenir d'une grande méthode chirurgicale, que je crois trop délaissée dans ses applications.

Il s'agit d'un ensemble de doctrines et de faits, qui constituent ce qu'on peut appeler la *chirurgie à ciel ouvert*.

Sous ce nom s'agite, en effet, une très grosse question de médecine opératoire, de thérapeutique chirurgicale.

L'expression de *chirurgie à ciel ouvert* laisse supposer qu'il existe une *chirurgie fermée*, ce qui est, du reste, parfaitement exact, et ces deux termes englobent le traitement des plaies, dans sa totalité.

A l'une appartiennent les opérations viscérales, intra-abdominales et autres, avec les sutures, les ligatures perdues, les enfouissements de pédicules, etc., et à côté de ces opérations, si belles, la plupart du temps, dans leurs résultats, mais toujours, néanmoins, d'un pronostic un peu aléatoire, d'autres opérations, cavitaires, plus ou moins aveugles, des procédés opératoires incertains, dangereux : ponctions, injections, etc. ; enfin l'occlusion absolue, partielle des plaies, sans drainage, ou avec un drainage insuffisant, etc.

De l'autre, qui est la *chirurgie au grand jour*, relèvent, au contraire, les manœuvres méthodiques, les procédés opératoires, de front, en surface, l'abandon des plaies à leur évolution naturelle, l'absence complète ou non de ten-

(1) Trélat, Verneuil, Larrey; MM. Ollier, Guyon, Desmons, Lannelongue, Tillaux, Terrier, Eugène Bœckel, Gross et Le Dentu.

tatives de réunion, le drainage, la canalisation parfaite, les pansements à plat, les pansements absorbants, etc.

Ces derniers moyens sont inspirés par la même idée directrice : *favoriser, obtenir l'évacuation des exsudats, fournis par les surfaces cruentées, assurer le libre écoulement des liquides de la plaie, n'avoir pas de rétention et, partant, pas d'infection.*

Cette doctrine de l'assèchement des plaies par des artifices divers, est aussi ancienne que la chirurgie.

Sous le nom de : *réunion primitive* ou de *réunion secondaire*, elle a préoccupé tous les chirurgiens, qui avaient bien vu la relation de cause à effet, entre le manque d'assèchement et le développement de la suppuration et des complications nosocomiales.

Je ne viens pas soulever la querelle des *suturistes* et des *anti-suturistes* du siècle dernier, qui seraient les *réunionistes* et les *anti-réunionistes* d'aujourd'hui. Le débat s'est, en effet, élargi de l'horizon des découvertes modernes. La cause de la réunion par première intention est, depuis longtemps, gagnée.

Déjà, grâce à la conception géniale de Chassaignac, l'accord avait pu se faire entre les deux camps.

« Sans les drains de Chassaignac, me disait, il y a une vingtaine d'années, un maître non moins illustre, sir J. Lister, je ne pourrais rien faire. Le drainage est le complément indispensable de l'antisepsie ».

Chassaignac et Lister, nous associons leurs noms dans un même sentiment d'admiration et de gratitude.

Il n'en est pas moins vrai que la révolution des mœurs chirurgicales a été telle, dans ces dernières années toutes les audaces ont été souvent si bien récompensées par le succès, que l'on a cru trop facilement, il me semble, pouvoir s'affranchir de certaines règles, abandonner, plus ou moins, une pratique comme le drainage, *suturer, quand même en totalité*, et ne se préoccuper, l'esprit trop libre de la terreur, autrefois si justifiée, des complications, que de la rapidité, de la perfection des résultats.

Ces tendances se sont accrues chaque jour depuis vingt ans. Elles se sont étendues, généralisées de l'hôpital à la ville, à la campagne, c'est-à-dire partout. Elles ont ainsi établi une confusion réelle, entre ce qui était permis, dans des conditions déterminées de personnes, de milieu, et ce qui ne l'était pas.

On paraît croire, trop aisément, que les plaies sont naturellement aseptiques, que leur traitement, uniforme, réside exclusivement, dans l'emploi de la stérilisation, dans le maniement des solutions, des substances antiseptiques dans l'usage presque systématique des sutures, dont les perfectionnements rendent, cependant, chaque jour, de si grands services.

Le moment me semble également propice de rappeler qu'une instruction étendue, qu'une excellente éducation chirurgicale restent de première nécessité, pour pratiquer des opérations, et qu'une propreté, trop souvent encore relative, avec ou sans *condiments antiseptiques*, ne saurait suffire à tout, qu'elle n'est alors, le plus souvent, qu'un trompe-l'œil.

J'aborde cette étude avec une entière indépendance et avec une expérience hospitalière personnelle de plus de vingt ans.

J'ai connu la chirurgie pré-antiseptique. J'ai été élevé par des maîtres éminents, qui ignoraient encore que, de leurs travaux, que des recherches de ceux qui les avaient précédés, devait surgir une ère nouvelle.

Un des premiers, avec J. Lucas-Championnière, avec les professeurs Gross et Terrier, pour ne parler que des initiateurs de la première heure, et dès 1879 (1), après avoir vu Lister à l'œuvre, dans son service de King's College, j'obtenais les mêmes résultats, à l'Hôtel-Dieu de Lyon, en suivant, de point en point, la pratique du maître (2).

Depuis lors, dans des publications, dans mon enseignement, je n'ai cessé de lutter, et de rendre aussi rigoureusement réalisable que possible la pratique de l'asepsie et de l'antisepsie (3).

Une confiance absolue, la foi dans l'union de ces deux modes de traitement. ne m'ont jamais fait défaut. Aujourd'hui, autant que jamais, plus que jamais, puisque mon expérience est plus longue, je tiens à en proclamer, avec vous, la puissance.

Mais, je crois également nécessaire de tenir toujours compte des enseignements du passé, et de les perfectionner dans leurs plus grandes applications, comme dans les moindres détails. En fait d'asepsie, de propreté chirurgicale, on ne fera jamais machine arrière. Chaque jour voit apparaître de nouveaux antiseptiques.

L'asepsie et l'antisepsie, les deux grands A de la chirurgie contemporaine, ne sauraient être opposées l'une à l'autre. C'est une erreur de les mettre en parallèle. Elles se renforcent, elles se complètent. Aussi longtemps que l'on observera des plaies infectées, on devra en pratiquer la désinfection, c'est-à-dire recourir à l'antisepsie.

Faut-il le rappeler, l'asepsie est *préservatrice* de l'infection, l'antisepsie s'efforce d'en être *curatrice*.

Avant d'aller plus loin, il importe d'établir quelques données cliniques et expérimentales, qui sont, trop volontiers, perdues de vue au lit des blessés.

Le fait capital est celui-ci : toute plaie qui mérite ce nom par ses dimensions, par sa profondeur, par son siège, etc., s'accompagne, dans les premières heures, d'une exsudation séreuse, séro-sanguinolente, plus ou moins abondante, parfois d'un véritable écoulement sanguin, et cela, en dehors, comme on semble encore trop le croire, de toute action irritante, produite par des lavages, par des applications directes de solutions antiseptiques. Leur emploi ne peut évidemment que l'accroître.

Si, physiologique, l'assèchement parfait d'une plaie n'existe pas, il doit être également considéré comme tel, au point de vue chirurgical.

Suivant diverses conditions, mais en dehors aussi de toute contamination, de toute autre irritation que le traumatisme, l'exsudat se produit. Il ne varie que par son abondance plus ou moins grande.

Une autre remarque, non moins importante, découle de recherches microbiologiques, nombreuses, variées. Elles établissent « qu'aucune méthode de pansement ne prévient la pénétration des microbes dans une plaie » (Schange, Zedler, Micquel et Redard, Bossowsky, etc.). Il n'y a guère, en effet, que 15 p. 100 des plaies, bien traitées par la mé-

(1) Un séjour à Londres, au point de vue de la chirurgie antiseptique. (A. Poncet. *Lyon médical*, 1880.)

(2) Quinze mois de chirurgie antiseptique à l'Hôtel-Dieu de Lyon. (A. Poncet. *Lyon médical*, 1881.)

(3) Une salle d'opérations à l'Hôtel-Dieu de Lyon. (A. Poncet. *Rev. de chirurgie*, 1889).

thode aseptique, qui soient stériles ; les 85 p. 100 restantes sont souillées par des microorganismes, souvent par des microbes pathogènes (Kousnetzoff, Budinger, etc.).

Dernièrement, Auché et Chavannaz, pour ne citer que les recherches les plus récentes, n'ont trouvé stériles les liquides de la cavité péritonéale, après 24 laparotomie, que dans 3 cas.

Comment, du reste, en serait-il autrement « quand on songe que toutes les cavités de l'organisme sont habitées, que les microbes sont partout, dans l'air, dans l'eau et sur les solides » ?

Evidemment, entre l'asepsie bactériologique et l'asepsie chirurgicale, suffisante, cependant, pour placer la plaie à l'abri de toute complication, nous ne voudrions pas établir de confusion.

Des accidents septiques sont, cependant, en imminence latente, et pour expliquer le silence des agents pathogènes, il faut invoquer leur virulence atténuée, la défence de l'organisme, la qualité du terrain, etc., toutes conditions plus ou moins inconnues, et qui doivent nous tenir en garde contre l'apparition, alors possible, de complications infectieuses.

Ne sait-on pas, d'autre part, depuis longtemps, que la stagnation des liquides, que leur rétention à la surface d'une plaie, dans une cavité close, etc., est éminemment favorable à leur altération, à leur virulence?

Rétention est synonyme d'imprégnation et d'absorption. La clinique le démontre à chaque instant.

Mais voici des recherches expérimentales, non moins convaincantes, empruntées au remarquable mémoire de Préobagensky (1).

De larges plaies pratiquées chez des chiens et recouvertes de sang putride, éminemment septique, se cicatrisaient promptement, sans suppuration, lorsqu'elles étaient siphonnées par un pansement avec de la gaze très absorbante. Elles s'enflammaient, au contraire, dès qu'elles étaient recouvertes d'ouate ordinaire, formant tampon et s'opposant au drainage.

Les plaies granuleuses se comportent comme les plaies fraîches. « Les unes et les autres n'absorbent ni les substances chimiques (provenant du pansement), ni les bactéries et leurs produits (microbes pyogènes de l'érysipèle, streptocoque, du charbon, etc.), lorsque le pansement par sa forme, sa densité, sa perméabilité, utilisent, créent les courants d'osmose et de capillarité. »

La preuve en est donnée par des expériences très variées.

Des plaies récentes, chez des souris et saupoudrées de strychnine, des plaies faites sur des cobayes et arrosées avec des cultures en bouillon du bacille charbonneux, etc., n'entraînent pas la mort si le pansement réalise des conditions d'absorption et d'évaporation suffisantes. Traités, par contre, avec des pansements non absorbants, ces animaux succombaient, dès le deuxième ou troisième jour.

Les conditions que doit réunir un drainage sont, en outre, établies par des recherches, *in vitro*, fort intéressantes.

La chirurgie sanglante à ciel ouvert est précisément celle qui satisfait à ces divers *desiderata*.

Elle comporte des procédés, des manœuvres, dans lesquelles l'œil et le doigt s'aident mutuellement. L'opérateur voit, à chaque instant, ce qu'il fait. Il est maître de son champ opératoire.

C'est la chirurgie aussi des grandes incisions, des débridements étendus, des contre-ouvertures, des voies de décharge, des résections osseuses libératrices, des larges drainages, etc. C'est celle enfin, après l'opération, de la guerre préventive à l'accumulation des liquides, à leur rétention, par une canalisation parfaite de la plaie et par certains pansements.

Elle est l'antipode des incisions et des sections sous-cutanées, des ponctions, des injections modificatrices, etc.

C'est une banalité de dire qu'il est nécessaire, pour opérer, d'y voir clair. Sans vouloir jouer avec l'expression de *ciel ouvert*, il est bien certain qu'une salle d'opérations doit être parfaite au point de vue de la lumière. Pour un grand nombre d'interventions sanglantes, l'éclairage, entre autres particularités, viendra d'en haut.

Nous soulignons, en passant, cette nécessité, parce qu'on a fait beaucoup au point de vue de l'aménagement des salles opératoires, mais dans ce genre de perfectionnements on ne saurait aller trop loin.

Pour être suffisante, la propreté hospitalière sera luxueuse, elle s'étendra à tous les locaux d'un service, salles de malades et autres. Dans cet ordre d'idées de grands progrès sont encore à réaliser.

La chirurgie à ciel ouvert se prévaut encore de tel artifice, je dirais volontiers de *truc opératoire* qui rend, tout à coup, faisable, facile, ce qui paraissait jusqu'alors impossible, difficile.

Ce sont ces manœuvres, souvent personnelles à un chirurgien, qui lui donnent une habileté spéciale. Elles constituent, parfois, sa caractéristique, comme *modus faciendi*, dans telle ou telle opération. Elles en expliquent les succès. Elles justifient le désir de le voir opérer, de le voir triompher de difficultés que l'on connaît bien, pour les avoir soi-même rencontrées.

Ce n'est pas, Messieurs, un des moindres avantages de nos Congrès que de nous permettre des visites réciproques, que de savoir où trouver immédiatement ce que l'on a parfois vainement cherché.

La chirurgie abdominale est riche en applications de ce genre.

Nous n'en voulons pour preuve que la position inclinée du tronc, dont les avantages ont été si bien mis en lumière et rajeunis par Trendelenburg.

Sur ce champ de bataille, qui est le champ opératoire, c'est tout un art, parfois très personnel, de disposer ses moyens d'attaque et de défense.

Dans les opérations viscérales, en particulier, la libération, méthodique, sans danger, la mobilisation, la luxation au dehors, à un moment donné, de l'organe malade, est une ressource précieuse.

Dans les ablations de goitre, entre autres, qu'il s'agisse d'une thyroïdectomie partielle ou d'une énucléation intraglandulaire, la luxation au dehors, entre les lèvres de la plaie des tissus malades, rend simple, à un moment donné, une opération qui, autrement, eût été moins dangereuse que laborieuse.

Ces opérations au grand jour : hystérectomie abdominale, pylorectomie, entérectomie, large ouverture du crâne, extirpation thyroïdienne, etc., n'ont pas seulement le mé-

(1) Les bases physiques du traitement antiparasitaire des plaies, par le Dr M.-J. Préobagensky (de Saint-Pétersbourg). (*Ann. de l'Inst. Pasteur*, t. IX, 1897).

rite de l'exécution, elles sont également et surtout, ainsi que nous l'avons fait remarquer, aussi peu graves que possible.

Elles permettent, en effet, d'opérer rapidement, de faire vite, sans hésitation, et, par cela même, de bien faire. Il importe, en effet, au premier chef, de ne pas s'attarder, d'aller carrément au but.

A cet égard, il ne saurait plus y avoir, aujourd'hui, grande divergence entre les chirurgiens.

Il est cependant une limite à la rapidité qui, poussée trop loin, expose à de graves mécomptes. L'art d'opérer a ses traditions d'habileté, de sécurité. Il ne faut pas songer à en faire un sport.

L'*opération à ciel ouvert* est terminée, mais elle n'est que le premier temps de la chirurgie qui mérite ce nom.

Il faut alors, suivant les circonstances que nous allons déterminer, compléter l'acte opératoire par la mise en pratique de tels soins immédiats consécutifs qui ont, dans l'espèce, la plus haute importance.

Une distinction s'impose immédiatement : 1° la plaie est *aseptique*; 2° elle est *douteuse*; 3° elle est *infectée*.

1° *La plaie est aseptiques.*

Cette plaie, qui ne peut être qu'une plaie créée par le chirurgien, présente, de par sa stérilisation, la condition, *sine quâ non*, de la recherche de la réunion par première intention. Il faut, cependant, qu'elle offre certaines garanties, sur la présence desquelles l'accord a toujours été parfait : absence de corps étranger sur la plaie, d'hémorragie, intégrité suffisante des tissus, possibilité d'un affrontement exact, etc.

Mais où la divergence se produit, malgré la torsion des vaisseaux, malgré les ligatures résorbables, etc., c'est lorsqu'il s'agit de savoir si l'occlusion de la plaie sera complète ou non, si la couture aura lieu, avec un luxe plus ou moins grand de sutures, dans tous les cas, avec ou sans drainage.

La réponse, cependant, me paraît simple : *il faut toujours drainer*.

Si la plaie a une certaine importance, si elle est profonde et plus ou moins anfractueuse, en dehors d'une exhalation variable, il restera des vides, dans lesquels les liquides s'épancheront et séjourneront. Leur stérilisation n'est, d'autre part, jamais certaine, et le meilleur moyen de pouvoir l'escompter est, précisément, de soustraire la plaie au danger d'une stagnation.

Le drainage est indispensable. Les liquides dussent-ils, sans lui, rester aseptiques, il n'en a pas moins encore son utilité, puisqu'il évite leur accumulation qui provoque de la douleur, une tension plus ou moins grande des tissus, et, par l'étranglement qu'elle engendre, des accidents inflammatoires.

Nous n'ignorons pas que, maintes fois, des réunions par première intention ont été, dans des régions plus facilement soustraites que d'autres à des causes d'infection locale, obtenues sans canalisation, sans aucune soupape de sureté. Nous savons également que certaines opérations autoplastiques ne réussissent complètement qu'à ce titre, mais cette recherche absolue d'une réunion par première intention a ses périls.

La série des succès ne tarde pas à s'assombrir, et à côté de réparations rapides, presque merveilleuses, combien d'accidents plus ou moins graves imputables à cette occlusion complète de la plaie !

Nous n'entrerons même pas dans leur énumération, dans l'appréciation relative de leur fréquence. Nous savons qu'ils peuvent aller depuis une suppuration insignifiante, obligeant à faire sauter seulement quelques points de sutures, jusqu'à une septicémie suraiguë, promptement mortelle.

Il faut donc, et c'est notre conclusion : *ne chercher la réunion par première intention d'une plaie qu'après l'avoir drainée méthodiquement, quelque aseptique qu'elle puisse être.*

Ce drainage préventif sera réalisé par des tubes en verre, en os décalcifiés, surtout en caoutchouc, à la façon de Chassaignac. On les multipliera, s'il y a lieu, on leur donnera la préférence sur les lanières de gaze qui font souvent tampon. Enfin, on se préoccupera d'éviter, de la sorte et le mieux possible, toute rétention.

Il reste, cependant, une série d'interventions sanglantes, pour lesquels le drainage n'est pas indiqué au même titre.

Dans les opérations intra-abdominales, exécutées sur des tissus sains et sans menace d'infection autochtone, le ventre est journellement fermé, et la guérison survient, la plupart du temps, sans incident.

Mais là encore, quoiqu'il s'agisse d'une région spéciale, quoique le péritoine, dans toute la zone sous-ombilicale surtout, ait une plasticité remarquable, une puissance grande de résorption, il faut, si l'opération a duré pendant un certain temps, si elle a été laborieuse, hémorrhagique, avec ou sans incidents notables, si, en un mot, on a la moindre arrière-pensée sur les suites de l'opération, pratiquer l'excellent drainage de Mickulicz, par la voie sous-ombilicale, et utiliser aussi le chemin naturel, qui est la voie vaginale. N'est-elle pas la route suivie dans nombre d'hystérectomies, et ne reste-t-elle pas, heureusement, par son siège et sa déclivité, la canal d'écoulement le plus parfait que l'on puisse désirer?

Il faut le répéter : on ne se repent jamais d'avoir drainé. Bien souvent, au contraire, les chirurgiens les plus expérimentés ont eu à regretter des tentatives d'affrontement !

On sera, en outre, d'autant plus sobre de tout essai de réunion que les contre-indications, même dans les cas en apparence favorables, sont souvent nombreuses.

Il faut, en effet, grandement tenir compte de l'état général du sujet. Aux deux extrêmes de la vie, chez le nouveau-né, chez le vieillard surtout, chez des sujets affaiblis, chez des convalescents, cachectiques, anémiés, chez des malades atteints d'un état infectieux quelconque, septicémie préopératoire et autre, chez les diabétiques, les albuminuriques, en un mot, chez les tarés, etc., les tissus manquent de plasticité. Ils sont guettés par l'infection, par le sphacèle.

Il en est de même chez les obèses. Chez les simples adipeux, la graisse se prête mal à la réunion par première intention. Les fils de catgut les mieux stérilisés y deviennent facilement amorce et hameçon pour les agents pathogènes. Dans diverses régions, au voisinage, au contact des cavités et des canaux naturels, etc., si riches en microorganismes de tous genres, l'absence de toute tentative de réunion doit être également la règle.

Les contre-indications tirées de l'état local ne sont pas moins réelles, si les tissus ont été contusionnés, déchirés, dilacérés, etc., au cours d'une opération un peu longue.

Il vaut mieux alors, malgré toutes les précautions asep-

tiques, ne pas affronter du tout, et lorsqu'on songe qu'en face de la question de sécurité se pose uniquement celle de la rapidité de la guérison, et qui n'en est pas la plupart du temps notablement accrue, puisque dans une plaie aseptique les drains doivent être enlevés au bout de deux ou trois jours, on ne voudra pas se passer du drainage préventif.

Sans les drains, les sutures constituent une arme redoutable.

Sans le drainage, il vaudrait mieux, à tout prendre, qu'elles n'existassent pas.

N'était-ce pas déjà l'opinion de notre illustre aïeule, l'Académie de chirurgie, après les mémoires de Pibrac et de Louis? Mais, j'ai hâte d'ajouter que les bienfaits du drainage étaient à peu près inconnus, et que l'on ne se doutait pas de l'asepsie.

2° *La plaie est douteuse.*

il faut distinguer les plaies créées par le chirurgien et celles produites accidentellement.

Dans *une plaie chirurgicale*, en effet, qui a pu être contaminée pendant une opération, soit par les tissus infectés sur lesquels on intervient, soit par quelque faute constatée contre l'asepsie, il faut laisser tout ouvert.

La vie du malade l'exige souvent dans des opérations viscérales ou dans d'autres opérations graves. C'est une erreur de croire que, guidé par la température et l'examen quotidien du blessé, on sera toujours à temps de parer aux accidents infectieux qui pourraient survenir.

La septicémie est malheureusement trop variable dans ses modalités, et autant il est simple de prévenir l'infection, autant il peut être difficile et même impossible de lutter contre ses manifestations. La résistance de l'organisme est tout à fait individuelle. Nous n'avons, jusqu'à ce jour, aucun moyen de juger de ses degrés. La plupart du temps notre thérapeutique est tellement illusoire que nous ne pouvons que constater les effets de l'infection, allant quelquefois,sans qu'on puisse en apprécier la cause, depuis un simple mouvement fébrile jusqu'à des accidents mortels foudroyants.

Dans le doute sur la désinfection d'une plaie opératoire, la prudence exige que l'on s'abstienne de toute tentative d'affrontement par sutures ou autres moyens. Les seules sutures qui nous paraissent permises sont les sutures secondaires, réalisées par des fils d'attente (réunion par première intention secondaire), alors que la plaie est granuleuse, et que son occlusion ne présente plus de dangers.

La plaie est accidentelle.

Ici pas d'hésitation. La plaie doit être considérée comme contaminée, Tant mieux s'il n'en est pas ainsi, mais dans la pratique, on l'envisagera comme telle.

Si dans la pratique civile, hospitalière et autre, les plaies accidentelles doivent être considérées comme infectées, quel rôle ne devra pas jouer cet aléa dans la chirurgie de guerre !

Le rejet des sutures profondes, superficielles, et de tout affrontement devient une loi d'autant plus impérieuse, que les blessés sont souvent perdus de vue.

Les longues incisions, les débridements, les contre-ouvertures dans des plaies cavitaires, les résections osseuses, articulaires, primitives, à une date aussi rapprochée que possible avant l'apparition des phénomènes généraux, constituent d'excellentes opérations.

Seules, elles créent un jour, un espace suffisant pour éviter la rétention.

Dans les plaies osseuses et articulaires, la résection de portions squelettiques plus ou moins étendues est l'équivalent des grandes incisions et des contre-ouvertures pour les parties molles enflammées. Elles sont nécessaires pour placer les drains et assurer l'écoulement des liquides.

Cette exhalation est-elle abondante, les chances de guérison s'accroissent d'autant.

Une plaie récente qui coule abondamment au dehors est synonyme de : plaie bien portante, de blessé en bonne voie. C'est du moins l'observation qu'il nous a été permis de faire bien des fois.

3° *La plaie est infectée.*

Toute distinction disparaît. Il faut s'efforcer de désinfecter la plaie.

Nous n'envisagerons pas le nettoyage des tissus contaminés, les irrigations, les bains antiseptiques, etc. Mais, quels que soient les moyens de cet ordre employés, il est certain qu'au premier rang se place l'évacuation des liquides infectieux, pus, exsudats divers. Ce serait un véritable crime de lèse-humanité que d'escompter alors la possibilité de réunions partielles, plus ou moins étendues. De telles manœuvres sont dangereuses, elles ouvrent des voies nouvelles à l'absorption, elles ne sont, comme on l'a dit souvent, qu'un cache-misère, qu'un voile jeté sur des lésions profondes des tissus, qui, pour évoluer le moins gravement possible, doivent être laissées à ciel ouvert.

Il faut recourir aux gros drains, aux drains tubulaires, percés de trous béants, aux drains en canons de fusil, en anse, en arrosoir, en chalumeau, etc.

Le meilleur drainage est souvent alors l'absence de drains à proprement parler, mais un tamponnement méthodique avec des mèches, avec de la gaze antiseptique chiffonnée, le tout doublé d'une surveillance rigoureuse du blessé ; l'état général étant contrôlé matin et soir par le thermomètre.

Un pansement bien fait est le dernier terme de cette chirurgie avec portes et fenêtres ouvertes. Il sera pratiqué avec de la gaze antiseptique qui lui donnera, comme les recherches expérimentales, comme les expériences du laboratoire nous l'ont enseigné, deux qualités physiques fondamentales, à savoir : d'être *absorbant et évaporant* (1).

Ainsi se trouve continué l'*hydraulique de la plaie*, qui est un agent précieux d'asepsie préventive, et le meilleur moyen de désinfection dont nous puissions disposer. N'est-on pas allé (Reichel) jusqu'à prétendre « que la désinfection par les antiseptiques ne jouait aucun rôle, que l'essentiel était la transformation du foyer fermé en foyer ouvert » ?

Pendant la guerre russo-turque de 1878, il est très probable que les beaux résultats dans le pansement des plaies de guerre, à un moment où on ignorait presque l'antisepsie et l'asepsie, ont été dus aux pansements absorbants (gaze, ouate hydrophile). En outre, l'atmosphère était sèche, et non saturée de vapeur d'eau, comme à Sébastopol.

La gaze est le tissu le plus absorbant et le plus évaporateur que nous possédions.

(1) Ces qualités d'un bon pansement perméable n'avaient pas échappé à la sagacité des anciens observateurs. Quesnay disait de la charpie fine qu'il utilisait dans le tamponnement des foyers cavitaires : « Elle est au pus l'échelle à l'aide de laquelle il s'élève du fond jusqu'à l'ouverture de la plaie.

Le pansement moderne qu'elle réalise est, expérimentalement, une réunion de drains.

Il paraît bien démontré, dans tous les cas, que les propriétés physiques du pansement, qui active, du côté de la plaie, les courants d'osmose et de capillarité, sont des armes puissantes dans la lutte contre les microorganismes.

Telle est, Messieurs, la chirurgte à ciel ouvert, qui a, comme vous le voyez, de nombreuses indications.

Elle ne consiste pas uniquement dans l'emploi de tel ou tel procédé, de tel ou tel moyen de traitement. Elle comprend tout un ensemble de règles thérapeutiques, qui ont pour but de prévenir, plus sûrement, l'infection et de lutter contre elle.

Elle répond, si vous me permettez l'expression, à un état d'âme chirurgical qui, tout en ne perdant pas de vue les très grands avantages de la réunion par première intention, ses merveilles dans la chirurgie, par exemple, de l'estomac, de l'intestin, s'incline, cependant, devant l'expérience clinique et la réalité des faits.

La sécurité, en tout et partout, doit être la principale préoccupation du chirurgien. Dans le traitement des plaies, il faut être aussi simpliste que possible, tabler avec les grandes moyennes, et fort peu dans sa ligne de conduite tenir compte des faits rares, surtout des cas exceptionnels.

J'évoquerais volontiers, à ce propos, la maxime du Nouveau Testament : *Ne faites pas aux autres ce que vous ne voudriez pas qu'il vous fût fait.* Ce qui, dans l'espèce, revient à dire : Ne fermez pas la plaie de votre prochain, si vous voudriez, à sa place, qu'elle fût laissée ouverte. Je n'ai pas à sonder le fond de votre cœur. Mais je sais bien que, si j'étais dans la nécessité de subir une opération sanglante, je demanderais, en grâce, d'être cousu au minimum. Je dirais même, de ne pas l'être du tout, si cette abstention de toute suture était chirurgicalement possible.

Dans tous les cas, je demanderais un bon drainage.

Ce dernier argument est, je le reconnais, un argument de sentiment, mais, après les autres et en fin de compte, il a bien sa valeur.

NOUVELLES

Légion d'honneur. — Est nommé chevalier M. le prof. Debierre, professeur d'anatomie à la Faculté de médecine de Lille.

Hôpitaux de Paris. — Concours de l'internat. — La composition écrite a eu lieu lundi 16 octobre, le sujet était : Nerf maxillaire supérieur; complications du diabète.

Les questions restées dans l'urne étaient : Muscles du voile du palais ; tétanos. Veines azygos et tronc de la veine cave supérieure; abcès intra-craniens.

Le jury du concours est ainsi divisé :

Anatomie : MM. Danlos, Troisier, Legueu, Poirier, Tissier.

Pathologie : MM. Claisse, Courtois-Suffit, B. Anger, Mauclaire, Bouffe de Saint-Blaise.

Les séances auront lieu pour l'anatomie, les lundis, jeudis et samedis; pour la pathologie, les mardis, jeudis et samedis, à 5 heures du soir, à l'hôpital Beaujon.

La lecture d'anatomie commencera par le n° 1, M. Dardeau; la lecture de pathologie par le n° 163, M. Papillon.

321 candidats sur 520 inscrits ont remis des copies.

Candidats militaires. — Pour ces candidats exceptionnellement les lectures auront lieu à Beaujon : anatomie le mercredi 18 octobre à 4 h. 1/2; pathologie le jeudi 19 octobre, à la même heure.

L'épreuve orale aura lieu le vendredi 20 octobre, à 9 h. du matin, dans les locaux de l'Administration centrale, avenue Victoria.

Concours des prix de l'internat. — Médecine. — Juges : MM. Debove, Besnier, Dreyfus, Brisac, Oulmont et Cruveillier.

Chirurgie : MM. Routier, Chevalier, G. Marchant, Charrin et Bonnaire.

Médecine, 5 candidats : MM. Rosenthal, Roux, Castaigne, Bernard (Léon) et Griffon.

Chirurgie, 4 candidats : MM. Roger, Luys, Monod et Veau.

Dentistes des hôpitaux. — Par arrêté du 12 octobre 1899 sont nommés dentistes-adjoints des hôpitaux : MM. les Drs Gourc, Chompret, Pitsch, attachés au service des remplacements.

Par un autre arrêté du même jour, il est créé une nouvelle circonscription dentaire comprenant l'hôpital Boucicaut, la maison de retraite des ménages et l'institution Sainte-Périne.

Nécrologie. — Le Dr Emile Goin, de Paris, décédé le 17 octobre à l'âge de 25 ans.

INDEX BIBLIOGRAPHIQUE

Raynaud's Disease, by Thomas Kirkpatrick Monro, physician to the Glasgow Royal Infirmary, in-16, 250 fr. Glasgow, James Maclehose and Sons, 1899.

Annales de la Société Obstétricale de France. (Fondée en 1897). — *Compte rendu des séances de la septième session.* — Un volume in-8° de 500 pages avec 61 figures dans le texte, et 2 tables générales des matières contenues dans la collection des Annales de la Société depuis sa fondation jusqu'à 1899 inclusivement. Prix : 10 francs. — Octave Doin, éditeur, 8, place de l'Odéon, Paris.

Atlas-Manuel des maladies externes de l'œil, par le professeur O. Haab (de Zurich). *Edition française*, par le Dr A. Terson, chef de clinique ophtalmologique à la Faculté de médecine de Paris. 1 vol. in-16 de 284 pages, avec 40 planches chromolithographiées, contenant 76 fig. coloriées. Relié en maroquin souple, tête dorée, 15 francs. — Librairie J.-B. Baillière et fils, 19, rue Hautefeuille (près du boulevard Saint-Germain), à Paris.

LYMPHATISME, SCROFULE, RACHITISME : Fucoglycine Gressy.

GOUDRON FREYSSINGE

1 cuillerée à café par verre de boisson aux repas **contre Bronchites, Catarrhes, Maladies de la Peau, Epidémies.** 1 fr. 50 dans les Pharmacies.

SACCHAROLÉ de quinquina **VIGIER**, 1 cuillerée à café au repas.

Le Gérant : A. Chevallereau.

Paris. — Typ. A. DAVY, 52, rue Madame, 52. — *Téléphone*